



Estado de Rhode Island and Providence Plantations
 Departamento de Servicios Humanos/Oficina de Servicios de
 Rehabilitación
 40 Fountain Street ~ Providence, RI 02903 ~ 401.421.7005 (V)
 401.421.7016 (TDD) ~ 401.272.8090 (Español) ~ 401.222-3574 (Fax)
www.ors.ri.gov

ORS Use
 Region:
 Area:
 ORS-4 Rev. 03/05

“Ayudar a personas que califican y tienen discapacidades a elegir, prepararse para obtener y mantener un empleo”

Solicitud e información inicial para el Programa de Rehabilitación Vocacional (VR)

Por favor, llene este formulario tanto como pueda. Si no se siente cómodo proporcionando alguna información, puede completar la solicitud cuando se reúna con el consejero de ORS.

Nombre: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Área postal: _____ Otro teléfono: _____ (Celular)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Veterano: Sí ___ No ___ Correo electrónico: _____

de Seguro Social: _____

¿Ha solicitado servicios de VR anteriormente?: Sí ___ No ___ Nombre anterior: _____

¿Recibe SSI y/o SSDI y desea trabajar? SSI ___ SSDI ___ (Adjunte la carta de aceptación, si la tiene)

¿Cuál es su discapacidad? _____ No se sabe: _____

¿Es ciego o tiene problemas con la visión? Sí ___ No ___

¿Cuál(es) es(son) su(s) meta(s) de empleo o su(s) meta(s) profesional(es)? _____

¿Cómo se enteró de VR? _____

¿Quién le refirió? _____

Estoy solicitando Servicios de Rehabilitación porque deseo trabajar o, si estoy trabajando, deseo conservar mi empleo.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Madre o Guardián (si concierne) _____ Fecha: _____

¿Desea inscribirse para votar? Sí ___ No ___ ¿Alguna vez le han sentenciado por un delito grave? Sí ___ No ___

Su ayuda al proporcionar la información que se solicita en las siguientes páginas ayudará a agilizar el proceso de calificación y empleo. Si usted lo desea, un representante de Rehabilitación Vocacional le puede ayudar a completar la información. Si necesita ayuda para completar el formulario, por favor comuníquese al (401) 421-7005 (Intake) ó al (401) 421-7016 (TTY). En español, (401) 272-8090.

(Sigue al otro lado)

EXPERIENCIA LABORAL Y EDUCACIÓN ACADÉMICA

Historial de trabajo (indique primero el más reciente o adjunte su curriculum vital – resumé)

Nombre y dirección del empleador: _____

¿Cómo obtuvo este empleo? _____

Horas por semana: _____ Fechas de empleo: _____ - _____ Salario total: _____

Nombre del trabajo/Habilidades: _____

Lo que más le gustó del trabajo: _____

Lo que menos le gustó del trabajo: _____

Razón por la que dejó el trabajo: _____

* * *

Nombre y dirección del empleador: _____

¿Cómo obtuvo este empleo? _____

Horas por semana: _____ Fechas de empleo: _____ - _____ Salario total: _____

Nombre del trabajo/Habilidades: _____

Lo que más le gustó del trabajo: _____

Lo que menos le gustó del trabajo: _____

Razón por la que dejó el trabajo: _____

* * *

Nombre y dirección del empleador: _____

¿Cómo obtuvo este empleo? _____

Horas por semana: _____ Fechas de empleo: _____ - _____ Salario total: _____

Nombre del trabajo/Habilidades: _____

Lo que más le gustó del trabajo: _____

Lo que menos le gustó del trabajo: _____

Razón por la que dejó el trabajo: _____

* * *

Nombre y dirección del empleador: _____

¿Cómo obtuvo este empleo? _____

Horas por semana: _____ Fechas de empleo: _____ - _____ Salario total: _____

Nombre del trabajo/Habilidades: _____

Lo que más le gustó del trabajo: _____

Lo que menos le gustó del trabajo: _____

Razón por la que dejó el trabajo: _____

Educación y entrenamiento

Ultimo grado completo: _____ Educación especial [IEP]: Sí __ No __ 504: Sí __ No __ GED: Sí __ No __

¿Recibió servicios de apoyo en la escuela? Sí __ No __ Describa (Ej.: tecnología, ayuda, etc.): _____

Bachillerato: _____ Universidad: _____

Título universitario que obtuvo: _____ Año: _____

Otro entrenamiento: _____

Habilidades/Pasatiempos (Ej.: idiomas, computadora, habilidades, licencias, trabajo voluntario, etc.): _____

INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD/DOLENCIA (¿qué es lo que le obstaculiza para trabajar)

Describe sus limitaciones para trabajar: _____

Dolencias (si se saben): _____

MÉDICOS/HOSPITAL/CLÍNICAS

Fechas de servicio

Nombre(s) y dirección(es): _____

MEDICAMENTOS/TRATAMIENTOS

Nombre/Tipo

Dosis/Frecuencia

COBERTURA MÉDICA

Seguro/Beneficio

No. de caso

Proveído por el empleador

EQUIPO NECESARIO PARA TRABAJAR

COMENTARIOS DEL

CONSEJERO: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

Número de personas en el hogar: _____ Número de dependes: _____

Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado ___ Separado ___

Marque todos los pertinentes: Blanco ___ Negro ___ Asiático ___ Nativo del Pacífico ___
Nativo estadounidense ___ Hispano ___

BENEFICIOS PÚBLICOS/INGRESOS (Opcional)

(Se debe completar una evaluación de necesidad económica por muchos servicios VR que se obtienen.
La siguiente información ayudará con su planificación inicial.)

Efectivo, ahorros u otros activos \$ _____

INGRESO BRUTO	Cantidad (Sem/Mes/Año)
----------------------	-------------------------------

Sueldo/Salario _____	\$ _____
----------------------	----------

Seguro del Seguro Social (SSI) _____	\$ _____
--------------------------------------	----------

Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) _____	\$ _____
---	----------

Programa de Independencia Familiar (FIP) _____	\$ _____
--	----------

Seguro por Incapacidad Temporal (TDI) _____	\$ _____
---	----------

Compensación Laboral _____	\$ _____
----------------------------	----------

Beneficios a veteranos _____	\$ _____
------------------------------	----------

Beneficios por desempleo _____	\$ _____
--------------------------------	----------

Seguro privado por discapacidad _____	\$ _____
---------------------------------------	----------

Pensión o anualidad _____	\$ _____
---------------------------	----------

Otro ingreso _____	\$ _____
--------------------	----------

(ahorros, incluyendo ingresos del cónyuge, rentas, intereses, etc.)

GASTOS DE REHABILITACIÓN (No-reembolsable)	CANTIDAD SEMANAL
---	-------------------------

Médicos _____	\$ _____
---------------	----------

Rehabilitación/Tecnología de adaptación _____	\$ _____
---	----------

Otras necesidades de rehabilitación _____	\$ _____
---	----------

CERTIFICACIÓN (Complete cuando ya se haya reunido con un representante de VR)

Me han explicado el programa VR, mis derechos y responsabilidades y me han dado el folleto del Programa de Ayuda al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés). Me han informado que puedo apelar decisiones y me han dicho cómo hacerlo. También me han informado de la necesidad de que se obtenga la aprobación previa de mi representante ORS por todo servicio a recibir y que le mantenga informado de cualquier cambio en mi situación sea esta médica, financiera o de cualquier otra índole. Certifico que la información que proporciono es cierta y completa hasta donde yo sé y estoy consciente que cualquier declaración falsa o engañosa, o el no reportar cambios, pudiera tener como resultado que se me encause por intento de fraude. Entiendo que la información que proporciono es CONFIDENCIAL y se usará solamente con propósitos directamente relacionados con la administración del programa VR

Firmas: _____

Solicitante

Padre/Madre o Guardián (si concierne)

Fecha

Firma de la persona que le ayudó a completar esta solicitud: _____ Teléfono: _____

Consejero de Rehabilitación Vocacional: _____